

Esta solicitud es únicamente para seguro médico. Si desea solicitar otros beneficios (como alimentos básicos), llame al 1-877-KIDS-NOW



- ¿Adjuntó comprobante de ingreso por los últimos 30 días?
- ¿Firmó la solicitud?
- ¿Incluyó los números de seguro social de los niños que están solicitando beneficios?
- Si sus niños no son ciudadanos estadounidenses, ¿adjuntó una copia de sus documentos?

Para un servicio más rápido, cerciórese de que su solicitud esté completa.



Ingresos Escriba su ingreso BRUTO (antes de impuestos o gastos). (Adjunte comprobante de ingreso por los últimos 30 días)

11 NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR DEL PADRE/MADRE ()	15 OTRO INGRESO DE LA FAMILIA	MONTO RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA RECIBE ESTE INGRESO?	
12 Monto que recibió en los últimos 30 días antes de que se dedujeran los impuestos o gastos: \$ ¿Cuánto de este ingreso proviene de trabajo por cuenta propia?*	16 MANUTENCIÓN DE NIÑOS	\$		
13 NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (O DEL OTRO PADRE QUE VIVE EN EL HOGAR): ()	17 PENSIÓN ALIMENTICIA	\$		
14 Monto que su cónyuge (o el otro padre que vive en el hogar) recibió en los últimos 30 días antes de que se dedujeran los impuestos o gastos: \$ ¿Cuánto de este ingreso proviene de trabajo por cuenta propia?*	18 PAGO DE SEGURO SOCIAL	\$		
* SI USTED O SU CÓNYUGE (O EL OTRO PADRE QUE VIVE EN EL HOGAR) TRABAJA POR CUENTA PROPIA, PUDIERA TENER OTRAS DEDUCCIONES. COMUNÍQUESE AL 1-877-KIDS-NOW PARA MAYOR INFORMACIÓN O ASISTENCIA CON LA SOLICITUD.	19 BENEFICIOS DE DESEMPLEO	\$		
	20 INTERESES DE CUENTAS BANCARIAS	\$		
	21 BENEFICIOS DE VETERANOS	\$		
	22 LABOR E INDUSTRIAS	\$		
	23 ASIGNACIONES MILITARES	\$		
	24 OTROS (explicar)	\$		
	24 ¿Necesita ayuda para abonar cuentas médicas sin pagar, en los últimos 3 meses, para alguno de los niños por quien está solicitando? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	De ser "Sí", envíe copias de todo el ingreso del hogar correspondiente a los meses que usted desea que revisemos.			

Información sobre seguros de salud Díganos sobre algún seguro de salud que sus niños ya tengan.

25 A ¿Ya tienen seguro de salud algunos de los niños para quienes está solicitando? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	25 B De ser "Sí", ¿cubre este seguro de salud doctores, hospitales, rayos X (radiología) y servicios de laboratorio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	26 A ¿Han tenido sus niños cobertura de algún seguro de salud relacionado con el trabajo en los últimos 4 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	26 B De ser "Sí", ¿costó menos de \$50 por mes para los dependientes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27 Si marcó "Sí" a alguna de las preguntas precedentes (25 a o b, o 26 a o b), consigne el nombre de la compañía de seguros o empleador que provee seguro de salud para sus niños.			
COMPañÍA DE SEGUROS O EMPLEADOR	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (OPCIONAL)

Raza/Antecedentes étnicos del niño (información voluntaria)

Le pedimos que voluntariamente nos diga la raza o antecedentes étnicos de sus niños. Esta información no se usará para considerar su elegibilidad para recibir beneficios.

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afro americano Hispano o latino
 Nativo de Hawai u otro isleño del Pacífico Blanco Otro _____

Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades administrados por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud. Nadie debe ser excluido de estos programas y actividades por su raza, color, credo, creencias políticas, nacionalidad, religión, edad, sexo o discapacidad.

- Lea cuidadosamente antes de firmar**
- Esta solicitud es únicamente para beneficios médicos para niños.** Si algún miembro de su familia ya recibe o le gustaría solicitar beneficios en efectivo, alimentos básicos u otros beneficios, comuníquese con la Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS (CSO) de su localidad.
- DSHS pudiera pedirle que compruebe la información que está proporcionando para determinar su elegibilidad. Puede pedir ayuda a DSHS para conseguir evidencia.
 - Su información pudiera ser revisada por otras agencias estatales o federales. Esta información NO será compartida con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).
 - Al pedir y obtener beneficios de cuidado a la salud, usted le otorga al estado de Washington todos los derechos a todo pago por asistencia médica y todo pago a terceras personas en concepto de cuidados a la salud.
 - DSHS pudiera compartir el historial de inmunizaciones de su niño con el Sistema de Información del Perfil de Inmunización de Niños.

DECLARACIÓN Y FIRMA He leído y entiendo la información contenida en esta solicitud. Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en la presente es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.	Firma del solicitante X _____ Fecha _____
---	---

Cómo presentar la solicitud

ENVIAR POR CORREO A: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	OBTENER AYUDA: Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
---	---

Seguro de salud de bajo costo o gratis para niños y adolescentes de Washington



1-877-KIDS-NOW

Línea gratuita (1-877-543-7669)

¡Los operadores están disponibles de lunes a viernes de 8 AM a 5 PM o envíe hoy su solicitud por correo electrónico!
 También se puede acceder a la información en Internet en: <http://healthykidsnow.net/>
 Departamento de Servicios Sociales y de Salud DSHS 22-394(x) SP (Rev. 4/04)



▼ Miles de niños menores de 19 años de edad son elegibles

Los programas son flexibles y brindan cobertura a niños y adolescentes de diferentes tipos de hogares.

- Niños de padres solteros
- Niños con ambos padres
- Niños con padres que trabajan
- Adultos jóvenes (menores de 19 años) viviendo por otros familiares o amistades
- cuenta propia

Incluso califican niños con condiciones médicas preexistentes

❓ ¿Qué tipo de servicios están cubiertos?

El programa de seguro de salud cubre una amplia gama de servicios necesarios para mantener la salud de los niños. Una vez que se determina la elegibilidad de su niño, usted recibirá más información sobre cómo obtener atención.

Algunos servicios cubiertos incluyen:

- Visitas al doctor o a enfermería
- Atención hospitalaria y de emergencia
- Atención dental
- Recetas médicas
- Chequeos e inmunizaciones
- Anteojos y audífonos
- Terapia física y del habla
- Planificación familiar
- Transporte a las visitas al consultorio
- ¡Consejería y más!

❓ ¿Cómo puedo saber si mis niños califican?

El proceso es sencillo y muchas familias trabajadoras califican. Para determinar la elegibilidad se evalúan ciertas cosas como el ingreso, el tamaño de la familia (*asegúrese de incluir a los niños en gestación como miembros de la familia*) y algunos gastos mensuales. Para conocer si sus niños pudieran calificar, siga los pasos a continuación. Luego, compare su ingreso mensual con la tabla.

Paso 1

Escriba el ingreso mensual de su familia \$ _____

- 1** Deduzca todo gasto mensual que paga relacionado con el cuidado de niños o adultos. _____
- 2** Deduzca todos los gastos de manutención para niños ordenados por el tribunal que paga por un niño viviendo fuera del hogar. _____
- 3** Deduzca \$90 por cada adulto que esté trabajando en su hogar. _____

Paso 2

Compare para ver si usted califica
 ¡Si su ingreso familiar mensual se aproxima a los montos que figuran en la tabla, sus niños podrían calificar para el seguro de salud de bajo costo o gratis!

Muchas personas pueden tener un ingreso mayor y aún así calificar. Si su ingreso es mayor que el indicado en la tabla, sírvase llamar al 1-877-KIDS-NOW para obtener mayor información.

Número de personas en la familia (incluyendo padres y niños)	Ingreso mensual aproximado (después de las deducciones del Paso 1)
1	hasta \$1,940
2	hasta \$2,603
3	hasta \$3,265
4	hasta \$3,928
5	hasta \$4,590
Más	Suma \$663 por cada miembro adicional de la familia

Los niveles de ingreso serán válidos hasta el 31 de marzo de 2005. Esta tabla se refiere únicamente al seguro de salud para niños menores de 19 años. Hay disponibles otros programas con diferentes requisitos de elegibilidad para familias y mujeres embarazadas. Llame a la línea sin cargo **1-877-KIDS-NOW** para obtener más información.

▼ ¡Presentar la solicitud es muy sencillo!

- Llene la solicitud adjunta a este folleto.
- Desprenda la página de la solicitud.
- Separe el sobre de la solicitud.
- Adjunte a la solicitud copias de comprobantes de ingreso. Por ejemplo:
 - Talones de pago por los últimos 30 días;
 - Una hoja de trabajo de empleo independiente; O BIEN
 - Una carta de su empleador que indique su ingreso mensual bruto.
- Coloque la solicitud en el sobre.
- ¡Deposite el sobre en cualquier buzón! No necesita estampillas.

❓ ¿Cuándo comenzará el seguro de salud de mis niños?

- Primero se considera a los niños para seguro de salud gratis.
- ¡Los seguros de salud aprobados para niños tendrán vigencia el primer día del mes en que se recibió la solicitud!
- Usted recibirá una carta en un plazo de 6 semanas informándole si sus niños son elegibles.
- Una vez que se aprueban a sus hijos o adolescentes, éstos pueden recibir servicios inmediatamente.
- Para agilizar el procesamiento, asegúrese de llenar toda la solicitud.
- Cada seis meses se le enviará por correo un formulario para renovar el seguro de los niños.

▼ Excelentes programas para niños de Washington

Medicaid y CHIP

- Cobertura de bajo costo o gratis.
- Primero se considera a los niños para seguro de salud gratis.
- Las primas se facturan mensualmente.
- Si tiene cuatro niños o más sólo pagará tres primas.
- Algunos niños podrían calificar para que se les cubran las facturas impagas de los últimos tres meses.

Para obtener ayuda en su comunidad llame al:



Solicitud para beneficios médicos para niños



Esta solicitud es solamente para cobertura médica para niños y adolescentes menores de 19 años de edad. Cualquier persona puede presentar una solicitud en representación de un niño. Los niños pueden llenar por sí solos la solicitud. **Enviaremos a la persona consignada en el recuadro 1 toda la información de seguimiento.** Si tienen alguna pregunta o desea que le ayuden a llenar este formulario, llame al 1-877-543-7669. ¡Le ayudaremos con gusto!

Escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul. No use lápiz. **(Consigne el padre/madre, tutor o persona de contacto que recibirá la información de seguimiento)**

1 PRIMER NOMBRE	INICIAL	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	
2 DIRECCIÓN DONDE USTED VIVE	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
3 DIRECCIÓN POSTAL (DE SER DIFERENTE)	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
4 NÚMEROS TELEFÓNICOS	5 ¿Tiene algún problema para hablar, leer o escribir en inglés?			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
HOGAR ()	¿En qué idioma o formato alternativo necesita la información? _____			
TRABAJO ()	¿Necesita un intérprete? (De ser sí, nosotros le ayudaremos a través de un intérprete)			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MENSAJE ()	¿Qué idioma habla usted? _____			
	6 ¿Alguna persona en su hogar está embarazada?			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	De ser "sí", ¿quién? _____			
	¿Hay alguien menor de 19 años con una condición médica que requiera atención inmediata?			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Información general

7 Anote a los miembros de la familia que **vivan juntos.**
 (De ser necesario, adjunte una hoja de papel para anotar a más miembros de la familia.)

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, INICIAL MEDIA, APELLIDO)	PARENTESCO CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL * = OPCIONAL	SEXO M O F	CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS SÍ NO	COMPLETAR SI EL NIÑO NO ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE		
A. PADRE/MADRE, TUTOR O USTED			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿SE LE ENTREGARON AL NIÑO DOCUMENTOS QUE MUESTREN SU ESTADO? SÍ NO	¿INDIQUE LA FECHA EN QUE EL NIÑO LLEGÓ A EE.UU.	¿TIENE EL NIÑO UN PATRO- CINADOR? SÍ NO
B. CÓNYUGE U OTRO PADRE (si vive en el hogar)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
C. INDIQUE NIÑOS Y ADOLESCENTES MENORES DE 19 AÑOS DE EDAD (que desean beneficios médicos)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ANOTE OTROS ADULTOS O NIÑOS EN EL HOGAR (que no desean beneficios médicos)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nota: Sírvase adjuntar todo documento que muestre el estado del niño.		
			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

8 ¿Hay en su casa un niño menor de 19 años que padece una incapacidad? SI No
 De ser "sí", ¿quién? _____

Gastos Esta información puede ayudar a que sus niños califiquen.

9 ¿Paga por cuidado de niños mientras trabaja? SI No De ser "Sí", ¿cuánto por mes? \$ _____
 ¿Le paga a alguien para que cuide de un dependiente adulto con una incapacidad mientras trabaja? SI No De ser "Sí", ¿cuánto por mes? \$ _____

10 ¿Para manutención de niños por orden judicial para un niño que no vive en su hogar? SI No De ser "Sí", ¿cuánto por mes? \$ _____